

الرقم: ٤٤٦٩ / م م

مستشفى الأمراض الصدرية

القيد: 1619541

التاريخ: 1437-06-14 هـ 2016-03-23 م

مرفقات: 98



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

صحة جازان

الموقر

سعادة مدير إدارة التجهيزات بصحة جازان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة إلى تعميمكم. المبني على إيميل الشؤون الصحية بخصوص الرد على احتياجات المستشفى من الأثاث وغيره عليه مرفق لسعادتكم جميع البيانات بعد استيفاء الدراسة الفنية لاحتياج المستشفى نأمل من سعادتكم التكرم بالإطلاع وإكمال اللازم .

ولكم فائق التحية والاحترام،،،،

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد الجبير

ص/ للتصوين الطبي
ص/ لملف التصوين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون

مطابع صحة جازان

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المناقصات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى الامراض الصدرية

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

الرياض

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

مرايت حربية

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

مراتب مريض

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

تم طلب سابقاً كمرضة لطلب سابق

لعدم وجود رصام مع شوات

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

أمام لستوس بالمستشفى

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير إدارة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، أنظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Signature:

(التوقيع)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)



الرقم: ٤١٩٣/٢٢

مستشفى الأمراض الصدرية

القيد: 1476834

التاريخ: 1437-05-29 هـ 2016-03-09 م

مرفقات: 1 المرفقات



م	اسم الصنف	الكمية المطلوبة
١	مرتبة مريض	٥٤

سعادة مدير إدارة التجهيزات بصحة جازان
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الحاقاً لخطابنا رقم ١٢٦٥٩٨٥ بتاريخ ١٤٣٧/٠٥/٠٩ هـ الموجه لسعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان بخصوص طلبنا الموضح أعلاه الخاص بمراتب المرضى ونظراً لتهالك المراتب بالمستشفى ولعدم توفرها بمستودعات التموين الطبي لدينا منذ سبع سنوات ولحاجتنا الماسة لها حيث تم الرد علينا عن طريق أميل من مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان بأنه يتم طلب البند عن طريق إدارة التجهيزات بصحة جازان.

نأمل من سعادتكم التكرم بأمركم على من يلزم بتأمينها وصرفها لنا بأسرع وقت.

وتقبلوا فائق تحياتي وتقديري ،،،

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد الجابر

ص/ للتموين الطبي
ص/ للتموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ لأمين المائدة

مطابع صحة جازان

مستشفى الأمراض الصدرية
القيّد: 1265985
التاريخ: 09-05-1437 هـ 2016-02-18 م
مرفقات: المرفقات صفر



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

م	اسم الصنف	الكمية المطلوبة
١	مرتبة مريض	٥٤

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تجدون أعلاه طلبنا الخاص بمراتب المرضى ونظرا "لتهالك المراتب بالمستشفى ولعدم توفرها بمستودعات التموين الطبي لدينا منذ سبع سنوات ولحاجتنا الماسة لها.

نأمل من سعادتكم التكرم بأمركم على من يلزم بتأمينها وصرفها لنا بأسرع وقت.

وتقبلوا فائق تحياتي وتقديري ،،،

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باجهر

م. محمد

ص/ للتموين الطبي
ص/ الملف التموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ لأمين المعهدة

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى لاصعدي

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

ص. ١٤

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

كرسي مصطف

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

كرسي عرج

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

اعم وجود كرسي من ماركة ريب هس سوات

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

إمام دارم مستشفى

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، النظمة وبرامج، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)



Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المناقصات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إطلاعكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

سنة الاحرام لصدره

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

الرياض

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

تلاص ٨ مدك ٥٠

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

تتميز به ٨ قدم لحفظ الأدوية للكودون المراضة الحريف

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز وبفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

عند كل سرير حريف لحفظ احصا صي

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

امام لسومي

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient.

(اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (procedure time will decrease)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات اضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

المملكة العربية السعودية

Ministry of Health

وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies

الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders & Technical Committees

إدارة المناقصات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى الامراض الصدرية

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

جدة

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

اسم جهاز حضانة عدد 3

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

رسمي استعمال عتبات

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

رسمي استعمال عتبات (استوى) لنظام لعيادة خاصة

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

أقام لستوى لعيادة خاصة

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (الاسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير أداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي).

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes

If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient ,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes

If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، أنظمة وبرامج، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

المملكة العربية السعودية

Ministry of Health

وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies

الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders & Technical Committees

إدارة المناقصات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) : مستشفى نجران التخصصي

2. City (المدينة) : الرياض

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) : حاسب سريري إداري

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز)

☐ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

حكاية سر إدارة

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لقد تم طلب هذا الجهاز لاستخدامه بالمستشفى

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

إدارة المستشفى

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير إدارة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes

If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes

If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب إرفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

المملكة العربية السعودية

Ministry of Health

وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies

الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders & Technical Committees

إدارة المناقصات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى المراجعي لصدرية

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

ص - ١١

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

كاشة ليد ٢٤ بوصة

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

لغرض فحص المرضى (أقسام الاستشارة بالصدادات
الخارجية القلبية)

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز - يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

غرفة المرضى لغرض فحص الصدقات

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم - يجب إرفاق صورة من تقرير إدارة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج اي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الادارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات اضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المناقصات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط.)

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة.)

No. :

Date :

Qty :

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى الحرام للصدرية

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

جاءات

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

تلفزيون شاشة عريضة ١٠

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز)

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

للعمل لاسم وكاميرات، لمراميه، إمام وقاية للحاضرات

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز وبفصل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

قاعة للحاضرات لمراميه

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير أداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes

If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes

If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، أنظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Signature:

(التوقيع)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)



Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) : مستشفى لدراسي لصدرية عمارات

2. City (المدينة) : الرياض

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) : آلة تصوير رقمية

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

للاستخدام الإداري بالإنشاء لإدارة المستشفيات

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

الغرفة الإدارية بالمستشفى

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient ,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees

وزارة الصحة
Ministry of Health



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المناقصات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) : مستشفى لدرامى لصدرية حاران

2. City (المدينة) : الرياض

3. Region (المنطقة) : حازان

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) : جهاز ضغط سائل ٥

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية).

نظم السوائل للصدمات الأرضية لجراحات الجفون والجفون

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لديه صمدية وجود بجوار المستشفى الدرافة لصدرية

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

أحادي مستخدم لجراحين

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☒ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

أحادي مستخدم لطوارئ

13. For replacement / upgrade request only (للاحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes

If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes

If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، أنظمة وبرامج، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط.)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية): مستشفى الامراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة): الجوهري

3. Region (المنطقة): جازان

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند): جهاز مناسي ضغط الدم لكرسي عربة

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند):

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (اخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز):

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (اخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

صيانة خط أنابيب للمركبة لتفحص الجرحى

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لدى مركز جراحات الحوادث والتفحص الجرحى
الطوارئ

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☐ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

١ المستخدم

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

افتاح لتفحص الجرحى خاصة بالطوارئ

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير إدارة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient ,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج اي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

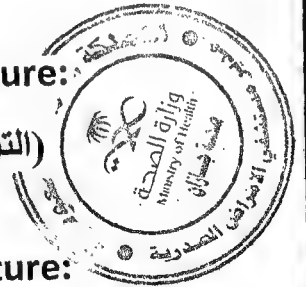
(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، أنظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	Qty :

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) : مستشفى امراء لصدره كازان

2. City (المدينة) : الرياض

3. Region (المنطقة) : حازان

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) : جهاز كاشف عدم حرقه لاسلكي لمرضى السكري

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) : ١٠٠

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> New (جديد) | <input type="checkbox"/> Upgrade (ترقية) |
| <input type="checkbox"/> Replacement (احلال) | <input type="checkbox"/> Others (أخرى) |
| <input type="checkbox"/> Expansion (تمديد) | |

7. Type of Device (نوع الجهاز)

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Capital equipment (جهاز عادي) | <input type="checkbox"/> Furniture (أثاث) |
| <input type="checkbox"/> Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات) | <input type="checkbox"/> Others (أخرى) |

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

مستشفى عزال وخاصة بعلاج امراض الكلى
و لادراجى لصدره

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطائى بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز. ويفضل ارفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لا يوجد جواز علمى

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق اوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمى هذا الجهاز بالتفصيل)

سبعة

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☒ Yes

If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

الطابق

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيةه)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلى)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب إرفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

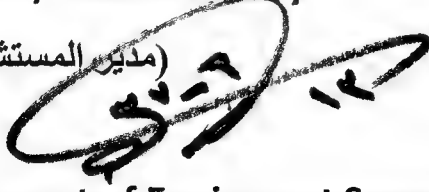
(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج الى أعمال ما قبل التركيب ، انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات اضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)



Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) : مستشفى الامام سعود بن عبدالعزيز

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

جازات

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند)

جهاز حثايت سري مع ستاس لظول (كثروني)

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

ع ١٠

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز)

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

صيانة أجهزة التصوير الطبي، لمختبر المراجعين

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لا يوجد مستند أو دليل على ضرورة استخدام هذا الجهاز

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملون على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

لا يوجد مكان جاهز للجهاز

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture	Model / Manufacturer	Serial No.
	Name (اسم البند)	(الموديل والشركة الصانعة)	(الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير إدارة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، أنظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط.)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة.)

1. Hospital / Health Facility Name (مستشفى / منشأة صحية) : مستشفى لمرافق لمرافق حارث بن عبد الله

2. City (المدينة) : حارث بن عبد الله

3. Region (المنطقة) : حارث بن عبد الله

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) : جهاز حارث بن عبد الله

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (اخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☐ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☒ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (اخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

صيانة أجهزة التصوير

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

مستند من مستشفى سعودي ومختبر سعودي

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملون على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

لا متنبأ، يحتاجون إلى تدريب

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقينه)

No.	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب إرفاق صورة من تقرير إدارة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes

If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes

If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المنخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، أنظمة وبرامج، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

المملكة العربية السعودية

Ministry of Health

وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies

الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders & Technical Committees

إدارة المناقصات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) : مستشفى لامرأة لصدرية حازان

2. City (المدينة) :

3. Region (المنطقة) :

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

صالة عرض عيادات لتمام عمرا

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

مريض عيانت لعيام المرضى لاس لرؤي

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز وبفضل ارفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

مستند عزل وعيانت حاصه حاصه للرجل

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

لا شيء

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

الحظير

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (الاسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient ,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، أنظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)



Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المناقصات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى الامراض الصدرية

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

جاءات

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

حذاء كعب من مواد لينة

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☐ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☒ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (أوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

جهاز عتيد كلف مع بعير سات بالدم

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز. ويفضل ارفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

سيتف منزل رعاية خاصة للبرن

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

لا متين مختير

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☒ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

متن المختير المستن

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج الى اعمال ما قبل التركيب ، انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم او ملحقات اضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

المملكة العربية السعودية

Ministry of Health

وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies

الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders & Technical Committees

إدارة المناقصات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وستتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) مستشفى الامراض الصدرية بالرياض

2. City (المدينة) الرياض

3. Region (المنطقة) الرياض

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) : حارس سياره حائط لمينس

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) : ١

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☒ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☐ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

جهاز قياس كفاءة التنفس للمرضى الصغار

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز - يرجى إرفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☐ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد إحلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب إحلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم - يجب إرفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، أنظمة وبرامج، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المناقصات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى بعراء الصربية

2. City (المدينة) :

جدة

3. Region (المنطقة) :

الرياض

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

صلاص صلاص صلاص صلاص

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

عدد ٢

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☒ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☐ Replacement (احلال)

☐ Others (أخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☐ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☒ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (أخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

حيا من ضائف معلومات طبية للمرضى

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل ارفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

٧ من مرضى اخصائي

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☒ Yes

If yes, state the area/ room? (إذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

مقام نسوم لطوي لعيادات خاصة بمرضى

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقية)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient ,

procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات أو مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

Department) (يجب أرفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، أنظمة وبرامج، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)



Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

المملكة العربية السعودية

Ministry of Health

وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies

الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders & Technical Committees

إدارة المناقصات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)

No. :

2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.

Date :

(البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)

Qty :

3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى / المنشأة الصحية) :

مستشفى الأمراء (صدرية)

2. City (المدينة) :

الرياض

3. Region (المنطقة) :

الرياض

4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :

صلاة - عذبة (CSC)

5. Device Code (رقم الجهاز أو البند) :

ع - ٢

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) :

☐ New (جديد)

☐ Upgrade (ترقية)

☒ Replacement (احلال)

☐ Others (اخرى)

☐ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

☐ Capital equipment (جهاز عادي)

☐ Furniture (أثاث)

☒ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

☐ Others (اخرى)

8. Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية)

تحليل جندالدم

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل ارفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

تم طلبه من قبل قسم ترويض الدم لاصحبة طلبة صرفة لطلب الدم

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق اوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☒ Yes

☐ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

لا متين

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☒ Yes

If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

☐ No

متم طحنت بالمستشفى

13. For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

☐ A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
1	صاير جندالدم	KX-21	A4-659

☐ B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

لا يتجاوز عمرة لإقتراض كدة صيانة وحاجة لقس للدم

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترفيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?**

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient ,

(اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (procedure time will decrease)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology)

(يجب إرفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المختصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب) (Department)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب، أنظمة وبرامج، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)



Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

الرقم : ٤١٢١٤٠٠٠
التاريخ : ١٤/٤/١٤٣١هـ
المشروعات : ٣

سعادة مدير عام الشؤون الصحية منطقة جازان
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نرفع لسعادتكم حاجتنا الماسية جداً الى جهاز عد كرات الدم (CBC) وقد تمت مجموعة مخاطبات وهي :

- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ٣٨٨/م ص وتاريخ ١٤٣٧/١/١٦ هـ (مرفق صورة الخطاب)
- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ١٣٧٣/م ص وتاريخ ١٤٣٧/٢/٢ هـ ومرفق معه محاضر تكهين الاجهزة، وصور من تقارير كثرة الاعطال (مرفق صورة الخطاب).
- خطاب من إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان الى مستشفى الأمراض الصدرية رقم ٥١/٤٣١٦/م/٥١ وتاريخ ١٤٣٧/٣/٦ هـ يفيد ان الجهازين انتهى عمرها الافتراضي وغير صالحه للعمل وقد عمل صور لـ (مرفق صورة الخطاب) :

- إدارة التجهيزات بصحة جازان
- إدارة المختبرات بصحة جازان .

- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ١٧١٦٥٢ وتاريخ ١٤٣٧/٣/٩هـ بحاجتنا الى جهاز ال CBC (مرفق صورة الخطاب)

وبما ان أجهزة ال CBC هي من أساسيات العمل في المستشفيات التي لا يمكن الاستغناء عنها، وكثرة تعطل الجهازين (المكهنين) أدت الى تعطل العمل لدينا .

لذلك نرجوا من سعادتكم - تلطفاً - التوجيه بتزويدنا بجهازين جديدة لعد كريات الدم الحمراء لتوقف

العمل على وجودها .

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري ..

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمّد بن حبيب

ح. مدير التموين الطبي
ح. لرئيس قسم المختبر
ح. ملف ملف التموين الطبي

الرقم : ٥١/٥١/٤٣١٦
التاريخ : ١٤٣٧/٢/٨ هـ
المشروعات : (٩١)



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
مديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

سلمه الله

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة إلى خطاب مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان رقم ٥١/م/٥١/٤٣١٦ المرفق صورة لسعادتك والمبني على خطاب شركة دار المعدات الطبية (مشروع الصيانة الطبي بجازان) رقم ١١٣٦ بتاريخ ٢٠١٥/١٢/٨ بخصوص تعطل جهاز عد كريات الدم سيسمكس وإلحاقاً لخطابنا رقم ١٣٧٣/م ص بتاريخ ١٤٣٧/٠٢/٠٣ هـ وخطابنا رقم ٣٨٨/م ص بتاريخ ١٤٣٧/١/١٦ هـ المبني على خطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى والذي يفيد فيه كثرة تعطل جهازي عد خلايا الدم وبان الجهازين قديمان مما يسبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد وهي كالتالي:-

- جهاز SYSMEX KX-21

- جهاز بيكمان كولتر ACT

عليه مرفق لسعادتك خطابات وتقارير الصيانة ومحاضر تكهين الجهازين بعد إطلاع لجنة التكهين تم تكهين الجهازين لكثرة أعطال الجهازين وكثرة صيانتهمما وتجاوز عمرهم الافتراضي.
لذلك نرجوا من سعادتك التكرم بتوجيه من يلزم لتأمين الجهازين.

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري..

١١٩

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باجبير

عن/التصوير الطبي
ص/ لصف التصوير الطبي
ص/ لمراقبة المحزون
ص/ للمختبر

الرقم: ٥١/٢/١٥/٤٢
التاريخ: ٢٠١٥/١٢/١٧
المنشورات:



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
صحة جازان

المحترم

ص مع التحية لسعادة مدير إدارة المختبرات الطبية بصحة جازان

المحترم

ص مع التحية لسعادة مدير إدارة التجهيزات الطبية بصحة جازان

المحترم

سعادة مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

السلام عليكم ورحمة اله وبركاته

بشارة الي خطاب شركة دار المعدات الطبية (مشروع الصيانة الطبي بجازان) رقم 1136 بتاريخ 2015/12/8م بخصوص تعطل جهاز عد كريات الدم سيسمكس التالي:

م	اسم الجهاز	الشركة المصنعة	الموديل	الرقم لا التسلسلي
1	جهاز عد كريات الدم	سيسمكس	KX-21N	A4659

حيث تم استدعاء الوكيل شركة سيسمكس وحضر مهندس الوكيل بتاريخ 2015/11/26م وأفاد في تقريره ان الجهاز بحالة سيئة وغير صالح للعمل بسبب انتهاء العمر الافتراضي للجهاز ووجود صدا بالأجزاء الداخلية للجهاز (مرفق صورة من تقرير الوكيل).
علية نامل من سعادتكم الاطلاع والإحاطة واتخاذ الاجراء اللازم بمخاطبة ادارة التجهيزات الطبية بصحة جازان بتوفير جهاز بديل حسب النظام .

مع أطيب تحياتي،،،

مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان

زهير بن عبده بهكلي

مطابق صحة جازان
من لطف التجهيزات بالصيانة الطبية
ص / لطف المنشآت بالصيانة الطبية
ص / للصادر بالصيانة الطبية
ص / للصادر

Paid Up Capital 21:000.000 S.R.



دارالمعدات الطبية والعلمية

شركة ذات مسؤولية محدودة

سبب ۱۰۱۰۱۶۶۶۶۴

غرفة تجارية رقم ١١٠٩٧٠

رأس المال المدفوع: ٢١.٠٠٠.٠٠٠ ريال سعودي

سعادة / مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بناءً على أوامر العمل الآتية

م	رقم أمر العمل وتاريخه	الجهاز	الموقع	ملاحظات
١	٤٨٧٣ - ٢٠١٥/١١/٨	عد كرات الدم	أبو عريش الغربي	
٢	٥٠٥٠ - ٢٠١٥/١١/٢٦	عد كرات الدم	الصدرية	

والخاص بتعطّل أجهزة عد كرات الدم سيسمكس المبينة بعالية. تم مخاطبة الوكيل شركة سيسمكس وحضر المهندس للفحص وأفاد بتقريره أن الأجهزة بحاله سيئة للغاية وغير صالحة للعمل بسبب انتهاء العمر الافتراضي للجهاز ووجود صدا بجسم الجهاز.

- لذا نرجو من سعادتكم الموافقة على تكهين الأجهزة الموضحة بعالية.

- مرفق لتساعدتكم صورة من أوامر العمل وتقرير الوكيل

وَتَفَضَّلُوا بِقَبُولِ وَأَقْرَبِ حَيَاتِي،،،،،

شركة دار المعدات الطبية

فرع جازان

P.O.Box 1584 Code No. 11441
Riyadh - Saudi Arabia
Tel.: 4647711 - Fax: 4631507
E-mail: smeh@smeh.com.sa

مؤهلات طبية وعلمية ومخبرية
مستلزمات شركات وصيانة واعاشة
تشغيل وإدارة مستشفيات ومناقصات

ص ١٦٨٤ البريدي ١٤٤١
الرياض المملكة العربية السعودية
هاتف: ٤٦٤٧٧ - فاكس ٤٦٣١٥٠٧

Importers, Suppliers, Stockists, installation & Maintenance of Med. Equip. Hospitals Operation & Management

Handwritten signature: *Dr. M. A. H. Khan*



QUOTATION

SMEH

دار المعدات الطبية و

Phone 014647711, Fax 014631507

Quotation #	Date	Delivery
20102881	07/12/2015	07/02/2016

SNo	ITEM CODE	Description	Qty	Unit	Price	Amount (SR)
1	44325371	GLASS CHAMBER GC-37	1.00	Pcs	1423.00	1423.00
2	97328226	DETECTOR BLOCK	1.00	Pcs	9113.00	9113.00
3	97329315	VALVE UNIT-B	1.00	Pcs	11388.00	11388.00
4	44331691	AIR CYLINDER T-2437	1.00	Pcs	3234.00	3234.00
5	02103817	SRV REPLACEMENT KIT	1.00	Pcs	10788.00	10788.00
6	44116347	PIPETTE NO.57	1.00	Pcs	883.00	883.00
7	44234608	FITTING NO. 8-A	1.00	Pcs	588.00	588.00
***** NOTHING FOLLOWS *****						
Grand Total						37417.00
Discount						0.00
Net amount						37417.00

Saudi Riyal thirty seven thousand four hundred seventeen only.

Notes : ABU ARISH PHCC KX-21N (A4721)
 ENG. QURASHI FAX:017-3245600

Sysmex

Issued from :

Page :1

-Receiver's Signature

Prepared by: IRFAN / 07/12/2015-15:03



قسم الصيانة الطبية
Bio. Med. Eng. Dept.

Job Order

Date 8/11/2015

أمر عمل رقم : ٤٨٧٢
التاريخ : ١٤٣٧/١١/١٥

EQUIPMENT,	Hamamberg Analytic	الاجواز
COMPUTER,		رقم الكمبيوتر
CODE NO.:	SR. WA4221	الرقم التسلسلي
MODEL,	KX-2 IN	الموديل
MANUFACTURER,	Cyber	الصانع
DEPARTMENT,	Lab	القسم

INTERIM REPORT: THE ABOVE MENTIONED JOB COULD NOT BE COMPLETED DUE TO, تقرير أولي، العملية المذكورة أعلاه لم تنتهي بعد بسبب

Not working
Deep to Deep G.

DATE: _____ REF. NO.: _____ SIGNATURE: _____

FINAL REPORT تقریر و نتائش

	PARTS USED	القطع المستخدمة	
PART NUMBER--	DESCRIPTION	PART NUMBER--	DESCRIPTION

REPAIRED BY:

NAME: _____

SIGN:

SITE MANAGER:

NAME : _____

SIGN: _____

APPROVAL : THE JOB HAS BEEN CARRIED OUT SATISFACTORILY

الموافقة: لقد تمت عملية الصيانة الإصلاح بطريقة مقبولة

OPERATOR'S

HOSPITAL ENGINEER

NAME: _____

NAME: _____

SIGN: _____

DATE _____

SIGN:

DATE _____

Postdoctoral



Hospital Chest Hospital
قسم الصيانة الطبية
Bio. Med. Eng. Dept.

أمر عمل صيانة وقائية / إصلاح
Job Order

W. Order No.

5050

Date

26/11/2015

أمر عمل رقم : 000

التاريخ : 26/11/2015

EQUIPMENT:	Hematology Analyzer	الجهاز
COMPUTER:	SANO: A4659	رقم الكمبيوتر
CODE NO.:	KX 21W	الرقم التسلسلي
MODEL:	Synergy	النموذج
MANUFACTURER:	let	الصانع
DEPARTMENT:		القسم

INTERIM REPORT: THE ABOVE MENTIONED JOB COULD NOT BE COMPLETED DUE TO

تقرير أولي: العملية المذكورة أعلاه لم تنتهي بعد بسبب

NOT working
Request for spare parts
DATE: 26/11/2015 RFO. NO.: SIGNATURE: [Signature]

FINAL REPORT تقرير نهائي

PART NUMBER

DESCRIPTION

PARTS USED

القطع المستخدمة

PART NUMBER

DESCRIPTION

REPAIRED BY:

NAME:

SIGN:

SITE MANAGER:

NAME:

SIGN:

APPROVAL: THE JOB HAS BEEN CARRIED OUT SATISFACTORILY

الموافقة: لقد تمت عملية الصيانة بالإصلاح بطريقة مقبولة

OPERATOR'S

HOSPITAL ENGINEER

NAME:

NAME:

SIGN:

DATE

SIGN:

DATE

سلمه الله

سعادة مساعدا المديرا العام للإمداد بصحة جازان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إحافا"الخطابنا رقم ٣٨٨/م ص بتاريخ ١٦/١/١٤٣٧هـ المبني على خطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى والذي يفيد فيه كثرة تعطل
جهازى عد خلايا الدم وبان الجهازين قديان ممايسبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد وهي كالتالي:-

ب - جهاز SYSMEX KX-21

- جهاز بيكمان كولتر ACT

عليه مرفق لسعادتكم خطابات وتقارير الصيانة ومحاضر تكهين الجهازين بعد إطلاع لجنة التكهين تم تكهين الجهازين لكثرة
أعطال الجهازين وكثرة صيانتهمما وتجاوز عمرهم الافتراضي.
لذلك نرجوا من سعادتكم التكرم بتوجيه من يلزم لتأمين الجهازين.

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديرى..

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باحبيب

محضر تكهين

أنه في يوم الثلاثاء الموافق ١٤٣٧/٠٢/٢٦ هـ تم الاطلاع من اللجنة المكلفة بالتكهين على الجهاز الموضح بياناته أدناه لتكهينه مع توضيح سبب التكهين و تقرر بعد الاطلاع من اللجنة بأن الجهاز لا يعمل بصورة صحيحة لكثرة أعطاله وصيانته ولتجاوز عمره الافتراضي و بعد الاطلاع على تقارير الصيانة المرفقة قررت اللجنة تكهينه وجرى التوقيع على ذلك .

الرقم	اسم الجهاز	الموديل	الشركة الصانعة	الرقم التسلسلي	أسباب التكهين
١	Sysmex kx-21	Ks21	sysmex	A4659	كثرة أعطال الجهاز. كثرة الصيانة وتركيب قطع الغيار المكلفة تجاوز العمر الافتراضي.

أعضاء اللجنة

رئيس قسم الصيانة الطبية
مديش صديق طوهرى

رئيس القسم الصيانة العامة
ابراهيم محمد سمسم

رئيس القسم المستلم للجهاز
محمد علي الحزري

المدير الطبي
د / سعيد الرحمن محسن

مدير مراقبة المخزون
محمد ابراهيم الشريف

مدير التكوين الطبي
باري علي مقري

تصديق / مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باحيدر

الختم

ص / للتكوين الطبي
ص / لمراقبة المخزون
ص / لقسم المختبر
ص / للجنة التكهين
ص / ملف التكهين
ص / للصيانة الطبية
ص / للمور . لاحظة



الرقم :

التاريخ :

الشؤون :

محضر تكهين

أنه في يوم الثلاثاء الموافق ١٤٣٧/٠٢/٢٦ هـ تم الاطلاع من اللجنة المكلفة بالتكهين على الجهاز الموضح بياناته أدناه لتكهينه مع توضيح سبب التكهين و تقرر بعد الاطلاع من اللجنة بأن الجهاز لا يعمل بصورة صحيحة لكثرة أعطاله وصيانه وتجاوز عمره الافتراضي و بعد الاطلاع على تقارير الصيانة المرفقة قررت اللجنة تكهينه وجرى التوقيع على ذلك .

الرقم	اسم الجهاز	الموديل	الشركة الصانعة	الرقم التسلسلي	أسباب التكهين
١	Act Diff	Ac.T	Beckman coulter	6706366	كثرة أعطال الجهاز. كثرة الصيانة وتركيب قطع الغيار المكلفة تجاوز العمر الافتراضي.

أعضاء اللجنة

رئيس قسم الصيانة الطبية

مديش صديق طوهرى

رئيس القسم الصيانة العامة

ابراهيم محمد العسم

رئيس القسم المستلم للجهاز

محمد علي الحلي

المدير الطبي

د / سعيد الرحمن محسنى

مدير مراقبة المخزون

محمد ابراهيم الشريف

مدير التموين الطبي

بلاري على مقري

تصديق / مدير مستشفى الامراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد الجبير

الختم

ص/ للتموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ لقسم المختبر
ص/ للجنة التكهين
ص/ لملف التكهين
ص/ للصيانة الطبية
ص/ لملف الامور الاحرة

KTAMER

20015

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA

User / Customer _____ Position _____ Date _____ Sign. _____	Customer / Eng _____ Position _____ Date _____ Sign. _____	(If applicable) _____ Stamp (If applicable) _____
--	---	---

Customer Service Report



G. Floor, Bld. #5, Zone - A
Business Gate Complex, Exit 6 Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065206

24872

FAROUK, MAMOUN-TAMEER & CO
P.O. Box 388 Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In house Repair	Under Contract	Labor		
Warranty	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No.	Of
Emergency	Peck / Reinstall	Inspection			Reagent	Visit No.	Of

Customer _____ Date _____

Contractor _____ Phone _____

Fay

Department _____ Contact Person _____ City _____

Model _____ Serial Number _____ Cycle Counter _____

C. Reason

Work Done

Further Action _____

[illegible]

Additional Info _____

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	
-----------------	--	-------------	--	--------------	--	----------------	--

Engineer : _____ Date Service : _____ Sign.: _____

User / Customer	_____	Customer / Eng	_____ (If applicable)	Stamp
Position	_____	Position	_____	(If applicable)
Date	_____	Date	_____	
Sign.	_____	Sign.	_____	

G.Floor, Bld # 5, Zone -A
Business Gate Complex, Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065205

10324

FAROUK, MAMOUN-TAMER. & CO.
P.O. Box 382, Riyadh 11411. KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contract	Labor		
Warranty	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No.	Of
Emergency	Pack / Reinstall	Inspection	-		Reagent	Visit No.	Of

Customer _____ Date _____

Contractor _____ Phone _____

Fax: _____

Department _____ Contact Person _____ City _____

Model _____ Serial Number _____ Cycle Counter _____

Call Reason _____

Work Done _____

Further Action _____

[illegible]

Additional Info

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	
-----------------	--	-------------	--	--------------	--	----------------	--

Engineer : _____ Date Service : _____ Sign.: _____

User / Customer _____ Position _____ Date _____ Sign. _____	Customer / Eng _____ Position _____ Date _____ Sign. _____	(If applicable) Stamp (If applicable)
--	---	---

XTAMER

G.Floor, Bld. # 5, Zone -A
Business Gate Complex, Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

10021

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contract	Labor		
Warranty	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No.	Order No.
Emergency	Pack / Reinstall	Inspection			Reagent	Visit No.	Order No.

Customer _____ Date _____

Contractor _____ Phone _____

Fax _____

Department _____ Contact Person _____ City _____

Model _____ Serial Number _____ Cycle Counter _____

C Reason

Work Done from 12:00 to 1:00 PM

Further Action _____

[illegible]

Additional Info _____

Call Started at		Travel Time	1.	Working Time	1.	Job Completed?	Y / N
-----------------	--	-------------	----	--------------	----	----------------	-------

Engineer : _____ Date Service : _____ Sign.: _____

User / Customer _____ Customer / Eng _____ Stamp _____

Position _____ Position _____

Date _____ Date _____

Sign.	Sign.
-------	-------

TAMER

FAROUK. MAMOUN-TAMEF & CO
P.O. Box 356 Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contract	Lease		
Warranty	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM Inc.	Of
Emergency	Pack / Reinstal.	Inspection			Reagent	Visit No.	Of

Further Action _____

[illegible]

Additional Info _____

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	
-----------------	--	-------------	--	--------------	--	----------------	--

Engineer : _____ Date Service : _____ Sign.: _____

User / Customer _____	Customer / Eng _____	(If applicable)	Stamp
Position _____	Position _____		(If applicable)
Date _____	Date _____		
Sign. _____	Sign. _____		



FAROUK MAMOUN-TAMEER & CO
PO Box 326, Riyadh 11411 KSA

User / Customer _____ Position _____ Date _____ Sign. _____	Customer / Eng _____ Position _____ Date _____ Sign. _____	(If applicable) Stamp (If applicable)
--	---	---

TAMER

FAROUK, MAMOUN-TAMEF & CO
P.O. Box 388 Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Reps	Under Contact	Labour		
Warranty	ECF / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labour	PPM No	Of
Emergency	Pack / Reinstall	Inspector			Reagent	Visit No	Of

[illegible]

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	
-----------------	--	-------------	--	--------------	--	----------------	--

Engineer : _____ Date Service : _____ Sign.: _____

Sign.

BE TAME

FAROUY KAMOUH-TAMER & CO
PC Box 355 P.O. Box 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contract	Labor		
Warrant	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No.	Of
Emergency	Pack / Reinstal	Inspector			Reagent	Visit No.	Of

Further Action _____

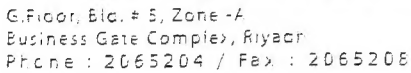
[illegible]

Additional Info _____

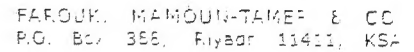
Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	
-----------------	--	-------------	--	--------------	--	----------------	--

Engineer : _____ Date Service : _____ Sign.: _____

User / Customer _____	Customer / Eng _____	(If applicable)	Stamp (If applicable)
Position _____	Position _____		
Date _____	Date _____		
Sign _____	Sign _____		



21102



Stamp
(If applicable)

الرقم : ٢٥٣ / ٣٨٨
التاريخ : ١٤٣٧ / ١ / ١٥
الموضوع :



شبكة الرعاية السعودية
وزارة الصحة
مديرية العامة لشؤون صحة بحازان
مستشفى الأمراض الصدرية بحازان

سلمه الله

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة الى خطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى (مرفق) والذي يفيد كثرة تعطل أجهزة CBC
وأيضاً قديمة جداً .

لذلك نرجوا من سعادتكم التكرم بتوجيه من يلزم لتأمين جهاز .

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري ..

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بحازان

أ. أسامة بن محمد باجبير

الدكتور

٢١٤٠

ص. رئيس قسم المختبر
ص. مدير الشؤون الطبي
ص. ملف الشؤون الطبي

الرقم :
التاريخ :
الموقعات :



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
شعبة العامة لشئون صحة المخدرات
مستشفى الأمراض الصدرية بحرس

المحترم
سعادة مدير مستشفى الأمراض الصدرية

وتحية طيبة وبعد

بناء على المحضر المرفق لكم والذي يفيد بأن جهازي عد خلايا -
1- الدم sysmex kx-21

2- جهاز بيكمان كولتر ACT

جهازان قديمان وكثيرا الأعطال مما سبب تأخير في عمل عينات
المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد ...

لذا نأمل من سعادتكم بعد التكرم بالإطلاع الإيعاز إلى من يلزم
بطلب تأمين جهازين بديلين لعد خلايا الدم C.B.C

هذا ولكم مني جزيل الشكر

رئيس قسم المختبر

محمد علي الحربي

١٥٨٧
١٤٣٦/١١/١٥

الرقم :
التاريخ :
المصوبات :



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
شعبة الدعم للشؤون الصحية بحران
مستشفى الأمراض الصدرية بحران

محضر

سعادة مدير مستشفى الأمراض الصدرية المحترم

تحية طيبة وبعد

نفيدكم بأن جهازي عد خلايا الدم

sysmex kx-21-1

2-بيكمان كولتر ACT

جهازان قديمان وكثيرا الأعطال مما سبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد ...

لذا نأمل من سعادتكم بعد التكرم بالإطلاع الإيعاز إلى من يلزم بطلب تأمين جهازين بديلين لعد خلايا الدم C.B.C

هذا ولكم مني جزيل الشكر

رئيس قسم المختبر

محمد علي الحارثي

رئيس فني المختبر

محمد علي جبران